**TERMO DE RESCISÃO DE COMPROMISSO**

**Estágio Obrigatório – UFU Concedente / Hospital Odontológico**

Pelo presente instrumento, a Universidade Federal de Uberlândia e o(a) estagiário(a) (Nome Completo), inscrito no CPF sob nº      , matriculado no Curso de      , sob matrícula nº      , oriundo da Instituição de Ensino      , com fundamento no Termo de Compromisso firmado, rescindem em comum acordo entre as partes em      , o que foi avençado, tendo realizado o estágio no(a) (Informar Local).

Neste ato, dá-se mútua e total quitação sobre quaisquer ônus que possam ou venham a existir sobre o que foi acordado no Termo de Compromisso, para nada mais reclamarem a qualquer tempo e qualquer título, judicial ou extrajudicial.

     ,

(Local e data)

Atenciosamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Universidade Federal de Uberlândia**  Supervisor(a) de Estágio | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estagiário(a)** ou responsável  pelo menor de idade |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Universidade Federal de Uberlândia**  Assinatura do Representante Legal  Setor de Estágio/DIREN/PROGRAD | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Instituição de Ensino de Origem**  Assinatura do Representante Legal |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Universidade Federal de Uberlândia**  Diretor do Hospital Odontológico  (não encaminhar sem esta assinatura) | |